Lane Medical Library

Beitrag zur Lehre von den hysterischen Kontrakturen.

Dr. Wolfgang Schoene.

Kiel

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling.

Beitrag zur Lehre von den hysterischen Kontrakturen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Wolfgang Schoene

aus Stettin.

Kiel 1925.

Stettin.
Buchdruckerei Ernst Gentzensohn.
1927.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0177

Die Lehre von der Hysterie hat von jeher ein heiß umstrittenes Gebiet in der medizinischen Forschung dargestellt. Einmal war es die Frage nach der Ätiologie, die immer große Schwierigkeiten machte und für Jahrtausende auf eine uns heute recht abenteuerlich anmutende Weise als gelöst galt. Es sei nur an die merkwürdige Rolle erinnert, die der im Körper umherwandernde Uterus dabei spielte. Erst ganz allmählich brach sich die Erkenntnis Bahn, daß die hysterischen Erscheinungen nicht unbedingt durch pathologische Vorgänge in der weiblichen Genitalsphäre hervorgerufen werden müßten, sondern ins Gebiet der Nervenkrankheiten gehörten und infolgedessen sich auch beim Manne zeigen könnten. Sydenham brachte diese Ansicht als Erster klar zum Ausdruck.

Neben solchen verschrobenen Anschauungen über die Ätiologie war es aber auch die mangelhafte Erfassung des Symptombildes selbst, die einem Fortschritt in der Hysterieforschung für lange Zeit den Weg werbaute. Besonders gegenüber der Epilepsie und Neurasthenie war die Abgrenzung des hysterischen Krankheitsbildes schwierig. So weist schon Gilles de la Tourette darauf hin, daß die Epilepsie ihre Bezeichnung „Morbus sacer" sicher der Beobachtung Hysterischer verdanke. Andererseits beging man in Verkennung des wahren Wesens leicht den Fehler, die Hysterie wie sonst eine innere Krankheit zu sehr schematisieren zu wollen. Besonders der auf dem Gebiet der Hysterieforschung so verdienstvolle Forscher Charcot hat sich auf diese Weise unnötige Schwierigkeiten gemacht. Während Binzwanger noch den Standpunkt vertritt, die Hysterie sei eine selbständige Erkrankung, dürfen wir nach den neuesten Anschauungen die Hysterie nicht mehr als ein selbstständiges Krankheitsbild ansehen, das sich genau bestimmen und abgrenzen läßt. Schon Hoche hat 1902 den Satz aufgestellt: „Hysterie ist kein Krankheitsbild, sondern eine Form psychischer Disposition." Und Gaupp spricht von einer abnormen Reaktionsweise auf die Anforderungen des Lebens.

Besonders in den letzten Jahrzehnten haben nun namhafte Autoritäten auf dem Gebiete der psychischen Störungen wie Lewandowski, Kraepelin, Bonhöffer, Gaupp u. a. sich eingehend

mit dem Wesen der Hysterie beschäftigt und so die Grundlage zu der jetzigen Auffassung von der Hysterie geschaffen. Namentlich der Krieg mit seinen zahllosen Hysteriefällen hat dann zu einer weiteren Vertiefung in das Wesen der Hysterie und auch zu einer weitgehenden Übereinstimmung in der Auffassung geführt.

Wann haben wir denn das Recht, von einer hysterischen Reaktion zu sprechen? Nach Reichardts Ansicht nur dann, wenn eine bestimmte Willensrichtung, Wunschrichtung oder ein Zweck die eigentliche Ursache der durch die seelische Reaktion hervorgerufenen körperlichen Veränderung ist. Davon streng unterscheiden muß man solche psychogenen Reaktionsformen, die sich bei genauerer Betrachtung nur als abnorm starke Suggestion, Nachahmung oder hypochondrische Reaktionen erweisen, ohne daß ein Willensmoment ursächlich zugrunde liegt. Letztere Erscheinungen nennt man daher höchstens hysterie-ähnlich oder hysterieform. Bonhöffer hat als erster diese Gedanken klar formuliert in dem Satz: „Das Durchscheinen einer bestimmten Willensrichtung in in der Krankeitsdarstellung ist das, was uns speziell als hysterisch imponiert.“ So spricht ja auch schon Strümpell von den Begehungsvorstellungen, die den Hysteriker bewegen.

Nach Kretschmer spaltet sich die moderne Hysterielehre, wenn man von allen Abweichungen im einzelnen absieht, in zwei Auffassungen. Diese haben zwar auf den ersten Blick gar keinen Berührungspunkt miteinander gemeinsam; sie schließen aber auch keines einander aus, weil der Vertreter einer jeden von einer ganz anderen Seite die als Hysterie bezeichneten klinischen Symptome betrachten und definieren.

Die eine Auffassung ist die eben bereits geschilderte mit Bonhöffer an der Spitze. Hier ist also das Zielstrebige, die versteckte Tendenz das Wesentliche und Charakteristische.

Die andere Auffassung legt hierauf geringeren Wert. Nach Kretschmer liegt ihrer Gesamtrichtung folgende Anschauung zugrunde: Die hysterischen Symptome sind entwicklungsgeschichtlich vorgebildete Reaktionsweisen des triebhaften seelischen Untergrundes. Sie liegen an sich in jedem Menschen bereit.

Dieser Richtung gehören bei großzügiger Betrachtungsweise Breuer und Freud an, die ja in ihren Studien über Hysterie von den affektbetonten aus dem Bewußtseinsinhalt abgespaltenen Vorstellungen ausgehen. Nun gelingt es wohl, Erlebnisse peinlicher

Natur aus dem Bewußtsein zu verdrängen, jedoch ist dadurch der mit dem Erlebnis verbundene Unlust betonte Affekt keineswegs radikal beseitigt, sondern er verlangt eine psychische oder körperliche Entladung und kann so in ein psychisches oder körperliches Symptom konvertiert werden. Das Unlust betonte Erlebnis ist bei Freud stets sexueller Natur und kann schon in die frühe Kindheit fallen. Nach Freud's Ansicht ist nämlich gerade das sexuelle Erleben des Kindes ein sehr ausgeprägtes. Freud's Therapie gründet sich daher darauf, durch schonendes Erfragen dieses „sexuelle Trauma", das aus dem Bewußtsein meist gänzlich entschwunden ist, wieder aufzudecken, damit es sich nun noch nachträglich ohne Schaden auswirken oder „abreagieren" kann. Wenn Freud auch zweifelsohne durch seine geniale Forschung viel zur Erkenntnis der Hysterie beigetragen hat, so lehnen doch die meisten Autoren seine Lehre in dieser speziellen und oft gezwungenen Form ab, auch was die Therapie betrifft, kann man der Ansicht sein, daß solch gewaltsames Hervorzerren längst ins Unterbewußtsein versunkener Vorstellungen nicht in allen Fällen zum Guten diene und es vielleicht besser sei, solche psychischen Traumen ruhig vernarben zu lassen.

Kraepelin sieht nun in den hysterischen Reaktionen die Wirkung stammesgeschichtlich uralter Schutzeinrichtungen, die selbsttätig wieder in Kraft treten, wenn der Selbsterhaltungstrieb durch Gemütsbewegungen angestachelt wird. Diese Reaktionsweise stellt jedoch nicht die normale bei dem mit Verstand und Willen begabten Menschen dar, sondern ist im Laufe der Entwicklung durch Schutzmaßnahmen ersetzt worden, die der bewußte Wille hervorruft. Kraepelin stützt sich damit z. T. auf die Affektlehre von Darwin, der z. B. in der bekannten Erscheinung der Gänsehaut beim Empfinden vom Gruseln ein rudimentäres Überbleibsel dieser primitiven Reaktionsweisen erkennt. Immer läßt sich hierbei ein Zusammenhang zwischen Gemütsbewegung und Andeutung einer Verteidigungsmaßregel nachweisen. Im Laufe der Entwicklung hat andererseits der stärker hervortretende bewußte Wille die Herrschaft über diese primitiven Reflexvorgänge zum größten Teil verloren. Sieht man die hysterische Störung unter diesem Gesichtspunkt, dann kann man auch verstehen, daß zum mindest ein Teil von ihnen in gar keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem bewußten Willen zu stehen braucht, sondern daß es sich um körperliche Vorgänge handelt, die unmittelbar durch Gemütsbewegungen unter

Umgehung des gewöhnlichen Weges über den Willen hervorgerufen werden. So kommt Kraepelin zu dem Schluß, die Hysteriker litten an einer Art von Entwicklungshemmung, da sie sich in anormaler Weise der stammesgeschichtlich veralteten Schutzmaßnahmen bedienten, während sie ihre Fähigkeit, Gemütsbewegungen zu beherrschen, nur in geringem Maße entwickelt hätten. So ließe sich auch das häufige Auftreten von Hysterie bei jugendlichen Personen mit noch nicht fest ausgeprägter Persönlichkeit verstehen und auch beim weiblichen Geschlecht, das weit mehr dem Gefühls- und Triebleben unterworfen ist.

Kretschmer faßt das Wesentliche aus diesen beiden eben kurz umrissenen Hauptrichtungen, die in der modernen Hysterielehre zum Ausdruck kommen, zusammen, wenn er sagt: „Hysterisch nennen wir vorwiegend solche psychogenen Reaktionsformen, wo eine Verstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient.“ Als wesentlicher Bestandteil aus Kretschmer's Hysterielehre wäre zu erwähnen, daß nach seiner Darstellung beim Hysteriker zweierlei qualitativ von einander unterschiedene Willen sich auswirken. Es ist der gesunde und natürliche Wille, der z. B. den am Schütteltremor leidenden Patienten zum Arzt treibt; denn er hat den dringenden Wunsch, von seiner lästigen Krankheit schleunigst geheilt zu werden. Dieser Zweckwille, wie man ihn auch nennen kann, ist jedoch zu schwach, als daß er durchdringen könnte. Immer kommt ihm ein zweiter Wille, Kretschmer bezeichnet ihn als den hypobulischen, in die Quere und widerstrebt der Heilung. Angenommen, es handelt sich in diesem Fall um einen sogenannten Kriegshysteriker, der den Schütteltremor im Felde zuerst bekam, vielleicht in dem geheimen Wunsch, deswegen von der Front fortzukommen, der aber nun noch Jahre danach vom Schütteln nicht geheilt ist, trotz aller Energie und Willen zur Gesundung, so muß man ihn nicht einfach als willens- sondern als zweckschwach bezeichnen. Denn wenn auch ursprünglich sein Zweckwille den hypobulischen beeinflußt haben mag, so gelingt es ihm jetzt nicht mehr, ihn wieder zu beherrschen. Kretschmer vergleicht in anschaulicher Weise die Hypobulik mit dem allzuschweren Schwungrad, das, einmal in Bewegung gesetzt, man nicht mehr aufhalten könne. Besonders wenn hysterische Zustandsbilder durch unerträgliche Dauersituationen ausgelöst werden, wird der Zweckwille allmählich ganz getötet, und der hypobulische übernimmt allein die Führung.

Auch beim normalen Menschen ist die Hypobulik vorhanden, jedoch fest an den übergeordneten Zweckwillen gebunden. Nur bei plötzlichen, heftigen Gemütserregungen, insbesondere Panikscenen, bei denen sich der erwachsene Mensch mit seinem Verstande nicht zu helfen weiß, tritt unter Umständen die Hypobulik vorübergehend in Kraft.

Was gibt es nun für verschiedene Erscheinungsformen der Hysterie? Reichardt nennt deren drei: 1. Die kindliche oder sogenannte Entwicklungshysterie. Da nämlich, wie schon kurz erwähnt, das Kind noch keine in sich gefestigte Persönlichkeit besitzt, und bei ihm insbesondere Gefühlsleben und Wille noch großen Schwankungen unterworfen sind, so vermag es unter Umständen auf bestimmte seelische Reize hin, sei es nun Schreck oder Angst, mit hysterischen Reaktionen zu antworten. Es handelt sich dann jedoch meist nur um ein einzelnes Symptom, bei unverändertem Gesamtcharakter. Die Prognose ist daher gut. Es kommt dann vor allem darauf an, daß vernünftige Eltern das Kind in der rechten Weise behandeln. Auch ist darauf zu achten, daß das Kind in einer für seine Psyche günstigen Umgebung lebt, damit es nicht zuviel Erregungsstoff sammelt. Der kindliche Hang zum Nachahmen und Übertreiben kann sonst unheilvoll wirken.

Am häufigsten sieht man die sogenannte soziale Hysterie, deren wahrer Grund in der Hoffnung des Hysterikers auf Unterstützung durch soziale Einrichtungen, wie z. B. Unfall- oder Militärrente zu finden ist. Hierher gehören auch die in der Haft so häufig zu beobachtenden hysterischen Reaktionen, denen meist der Wunsch nach Straffreiheit zugrunde liegt. Bei dieser Form haben wir es jedoch schon mit einer bereits vorhandenen psychopathischen Veranlagung zu tun, von der man aber, abgesehen von diesen hysterischen Symptomen, nichts weiter zu bemerken braucht. Die exogenen Ursachen spielen hier also die größere Rolle.

Grundsätzlich anders verhält es sich mit der dritten Art, der degenerativen Hysterie oder dem hysterischen Charakter. Hier stehen schwere pathologische Veränderungen der gesamten Persönlichkeit durchaus im Vordergrund. Meist geht es hier um die Sucht, mehr zu scheinen als man ist. Daher der Trieb, sich interessant zu machen. Die eigentlichen hysterischen Reaktionen sind bei dieser Art weniger wesentlich, ja können sogar fehlen.

Kurz zu erwähnen wäre noch die Beziehung zwischen Trauma und hysterischen Reaktionen. Oppenheim hat den Begriff der

traumatischen Neurose aufgestellt, unter den nach seiner Einteilung außer den hysterischen auch neurasthenische und hypochondrische Folgezustände fallen. Jedoch ist jetzt die Meinung vorherrschend, daß es eine traumatische Hysterie im streng wissenschaftlichen Sinne nicht gibt. Denn auch bei der vorher beschriebenen sozialen Hysterie kann man die einer hysterischen Reaktion voraufgehende Gemütserregung oder den Unfall nur als auslösendes Moment ansehen, das bei der bestehenden pathologischen Disposition den Übergang zur Reaktion erleichtert, vorausgesetzt, daß ein Willensimpuls des Betreffenden hinzukommt. Erläutern wir das an dem Beispiel des Schütteltremors. In der Zeit nämlich, wo das Schreckzittern schon abzuklingen beginnt, hat es der Betreffende in der Hand, durch eine bestimmte, willkürliche Erhöhung des Tonus in der zitternden Muskulatur den Schütteltremor auch weiterhin fortdauern zu lassen. Kretschmer hat aus dieser Erscheinung das Gesetz von der willkürlichen Reflexverstärkung abgeleitet Nach seiner Ansicht braucht die subjektive Wahrnehmung der Willkürlichkeit bei diesem Vorgang dem Betreffenden gar nicht einmal klar zum Bewußtsein zu kommen. In einem späteren Stadium kann sich diese hysterische Gewöhnung in wirkliches Reflexzittern verwandeln, das dann der Therapie nur noch schwer zugänglich ist.

Jetzt noch einiges über die mannigfaltigen Formen, unter denen hysterische Reaktionen auftreten können. Um etwas Übersicht zu schaffen, nimmt man am besten nach Ziehen eine Einteilung in Anfalls- und Dauersymptome vor. Zu den Anfallssymptomen gehört dann vor allem der große hysterische, mit Krämpfen einhergehende Anfall der „Arc de cercle", mit dem wir uns jedoch nicht weiter beschäftigen wollen.

Die Dauersymptome, von denen wir nur einige herausgreifen wollen, sind ihrer Zahl nach fast unbeschränkt und in ihrer Stärke sehr verschieden. Oft lassen sie sich von wirklich organischen Krankheiten nur schwer abgrenzen. Man tut daher gut, bei der Diagnose immer auf den Gesamteindruck zu achten, den der Patient hinsichtlich seines Charakters macht.

Es handelt sich da zunächst um Störungen der Sinneswahrnehmungen, z. B. auf dem Gebiet des Hautsinnes (Anästhesien und Parästhesien usw.). Diese sind nicht an den Verlauf bestimmter Nerven gebunden, sondern zeigen in ihrer Ausbreitung große Unregelmäßigkeit. An Sehstörungen kommt am häufigsten die konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes zur Beobachtung.

Eine besondere Rolle spielen die hysterischen Schmerzen, die sich in allen möglichen Teilen des Körpers einnisten können und eine Differentialdiagnose mit organischen Leiden fast unmöglich machen. Sie haben daher schon manches Mal fälschlich den Anlaß zu chirurgischen Eingriffen gegeben.

Groß ist ferner die Zahl der Störungen auf psychomotorischem Gebiet. Neben Lähmungen sieht man nicht selten vermehrte Spannungszustände in der Muskulatur, die unter Umständen zur völligen Kontraktur und Feststellung eines oder mehrerer Gelenke führen können.

Mit diesen hysterischen Kontrakturen wollen wir uns hier also eingehender beschäftigen. Wie bei den Lähmungen unterscheidet man zunächst monoplegische, hämiplegische, paraplegische und quadriplegische Kontrakturen, und als zweite Gruppe der partiellen Kontrakturen monomuskuläre und monoartikuläre. Handelt es sich um mehrere funktionell zusammenwirkende Muskeln, so spricht man auch von associierten Kontrakturen. Von der ersten Gruppe stehen die monoplegischen Kontrakturen ihrer Häufigkeit nach an der Spitze. Es brauchen dabei nicht sämtliche Muskeln einer Extremität in gleicher Stärke betroffen zu sein. Oft finden sich in einzelnen Abschnitten nur Erhöhungen des Muskeltones. An der oberen Extremität finden sich meistens an der Hand die stärksten Erscheinungen. Das Handgelenk kann ebensowohl hyperextendiert wie flektiert sein. Von den partiellen Kontrakturen haben die monoartikulären die größte Bedeutung. Bekannt ist das Bild des hysterischen Klumpfußes in Equinovarusstellung, bei dem die Zehen meist extrem plantar-flektiert sind. Überhaupt werden gewisse Stellungen scheinbar bevorzugt. So findet sich meist ein gestrecktes Bein, wenn es in allen Teilen befallen ist, während der Arm besonders häufig in starker Abduktion steht. Von den monomuskulären Kontrakturen wären die Störungen einzelner Gesichtsmuskeln zu erwähnen, so der Blepharospasmus hystericus und Verzerrungen im Bereich des Mundfacialis.

Mit dem Studium der hysterischen Kontrakturen hat sich zuerst Briquet eingehend beschäftigt. Er definiert sie als diejenige Disposition, bei der alle Muskeln eines Körperteils in einen Zustand der permanenten Kontraktion versetzt sind. P. Richter, der das Problem von der physiopathologischen Seite anfaßte, kam zu dem Ergebnis, daß die Kontrakturen zwar einen Zustand aktiver Muskelspannung darstellen, jedoch von der gewöhnlichen Kontraktion

verschieden seien. Nach seiner Ansicht beruht die Kontraktur auf einer Erhöhung des reflektorischen Muskeltones, gleichzeitig sind die Spinalreflexzentren übererregt, infolge vermehrter Zuleitung zentripetaler Reize oder Abschwächung hemmender Einflüsse seitens der Hirnrinde. Andererseits kommen auch bahnende Einwirkungen vom Großhirn in Betracht.

In der Vorgeschichte einer hysterischen Kontraktur findet sich fast immer das Trauma, sei es nun mehr psychischer oder körperlicher Art, das jedoch hinsichtlich seiner Stärke oft in gar keinem Verhältnis zu den hervorgerufenen Erscheinungen steht. Überdies pflegen die Kontrakturen nach solchen Traumen erst nach Tagen und Wochen einzutreten. Man kann daher das Trauma nur als auslösendes Moment ansehen, während der wahre Grund in der Psyche des Betreffenden zu suchen ist oder wie Charcot sagt: „Die Kontrakturdiathese muß schon vorhanden sein." Auch der psychisch gesunde Mensch wird einen verletzten Fuß in der Stellung aufsetzen, in welcher die Schmerzen am geringsten sind. Sind die Schmerzen aber behoben, so wird er von selbst die natürliche Haltung des Fußes wieder einnehmen. Der Hysteriker behält dagegen in einem solchen Falle die einmal eingenommene Schutzstellung bei, auch wenn die eigentliche Ursache nicht mehr vorhanden ist. Andererseits gibt Schuster für die nach länger liegenden Fixationsverbänden sich einstellenden Kontrakturen folgende Erklärung: Es treten schmerzhafte Empfindungen in den ruhig gestellten Weichteilen auf, die besonders durch gesteigerten Druckschmerz der dem kranken Gliede zugehörigen Hauptpartien und Muskeln gekennzeichnet sind. Der Hysterische ist nun nicht imstande, durch seine Willenskraft diese leichten Schmerzreize zu überwinden. Es fehlen eben die hemmenden Einflüsse vom Großhirn, so daß im Gegensatz vom Gesunden, der sich einfach über die Schmerzen hinwegsetzt, in dem Wechselspiel zwischen Großhirn und Reflexmechanismus die zentripetalen Reize die Überhand gewinnen. Daher wird bei ihm jeder Bewegungsversuch des kontrakturierten Gelenkes infolge der Schmerzen reflexmäßig durch vermehrte Kontraktion sämtlicher, das Gelenk versorgenden Muskeln verhindert. Erwähnen möchte ich hier noch die Ansicht von Trappe, der auf dem Standpunkt steht, daß hysterische Kontrakturen nur auf organischer Grundlage entstehen, aber nur bei hysterischen Personen. In der Vorgeschichte einer jeden hysterischen Kontraktur könne man die Ruhigstellung eines Körperteils in bestimmter

Haltung finden, die entweder therapeutisch durch einen Verband oder vom Patienten durch aktiven Muskelzug bedingt sei. Eine Eigenart der hysterischen Kontrakturen ist es, daß auch die der Kontraktur antagonistisch wirkenden Muskeln sich im Spannungszustand befinden.

Im Schlaf beobachtet man oft ein gewisses Nachlassen der Kontrakturen, ferner, wenn es gelingt, die Aufmerksamkeit des Patienten vom kranken Körperteil abzulenken. Auch in Hypnose und tiefer Narkose findet sich vielfach freie Beweglichkeit des betreffenden Gelenks. Ein Teil der Fälle verhält sich jedoch auch dann refraktär, so daß sich hier kaum Normen aufstellen lassen. Ebenso ungewiß verhält es sich mit der Hautsensibilität im Bereich, der Kontrakturen. Sie ist oft erhöht, manchmal herabgesetzt, oder zeigt gar keine Abweichung von der Regel. Am ehesten findet sich noch bei Druck und Dehnung Tiefen-Hyperästhesie, auf die Förster vor allem hinweist. Die elektrische Erregbarkeit der kontrakturierten Muskeln ist meist herabgesetzt, oft in Narkose ergiebiger. Muskelathrophien setzten im allgemeinen bei hysterischen Kontrakturen verhältnismäßig spät ein.

Was die Differentialdiagnose angeht, so ist sie, wie schon gesagt, nicht immer leicht. Das Intaktsein der Reflexe im großen und ganzen schließt eine organische Schädigung aus. Der Babinski darf z. B. niemals positiv sein. Bei der spastischen Kontraktur fehlen vor allem auch Schmerzen bei passiver Bewegung. Auch an die ischämische Kontraktur muß man denken, wie sie nach Gipsverbänden gar nicht selten auftritt. Denn auch in der Vorgeschichte der hysterischen Kontraktur findet sich, wie erwähnt, oft der zulange sitzende Fixationsverband. Ein vermeintlicher hysterischer Spitzfuß kann unter Umständen bei langem Liegen allein durch den Bettdeckendruck hervorgerufen sein. Endlich sei noch an die hysterische Kieferklemme erinnert, die als einziges Symptom jedoch selten beobachtet worden ist und den Verdacht auf einen beginnenden Tetanus lenken muß.

Was die Prognose der hysterischen Kontrakturen angeht, so ist sie im hohen Grade abhängig vom Weichen der allgemeinen Hysterie. Sie wird um so günstiger, je eher eine sachgemäße Behandlung einsetzt. Denn wenn erst einmal organische Veränderungen, seien es Atrophien in der Muskulatur oder Deformitäten im Gelenk und Bändern, auftreten, ist die konservative Behandlung meist nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Die Therapie der Kontrakturen muß immer eine doppelte sein. Neben der lokalen ist die allgemeine nicht zu vernachlässigen. Es gibt da die verschiedensten Methoden, über die zum Teil noch nicht das letzte Wort gesprochen ist. Besteht die Kontraktur noch nicht lange, handelt es sich also um eine rein funktionelle Störung ohne organische Schädigungen, so wird man es z. B. mit Suggestion versuchen. Hierher gehört auch die sogenannte Überrumpelungstherapie von Kaufmann, der an den Kriegshysterikern damit gute Erfahrungen machte. Er pflegt seine Patienten einmal starken Wechselströmen auszusetzen und wendet dabei außerdem Verbalsuggestion in Form militärischer Kommandos an. Die Wirkung eines solchen Vorgehens ließe sich mit Kretschmer's Darstellung gut verstehen. Denn der Hysteriker hat die Fähigkeit verloren, mit seinem Zweckwillen seinen Reflexapparat zu beherrschen. Das Gleichgewicht zwischen Zweckwillen, Reflexapparat und Hypobulik ist bei ihm gestört, insofern, als nur eine „enge Verzahnung" zwischen Reflexapparat und Hypobulik besteht, während der Zweckwille gewissermaßen isoliert dasteht. Darum hat es keinen Sinn, einem solchen Menschen gut zuzureden, oder ihn bei seinem Zweckwillen zu packen. Es kommt vielmehr darauf an, auf seine Hypobulik einzuwirken. Diese hat aber die Eigenart, nur auf solche starken, primitiven Reize, wie sie ein lauter Anruf oder eine Kommandostimme darstellt, anzusprechen. Eine andere Therapie geht davon aus, die Schmerzreize, die von den kontrakturierten Partien ausgehen, auszuschalten, damit der Patient nicht dauernd seine Aufmerksamkeit auf diesen bestimmten Punkt fesselt, wodurch ja geradezu ein Circulus vitiosus entstehen kann. Man bedient sich auch hierzu der Hypnose oder anästhetisierender Mittel. Bei der gewaltsamen Redression endlich ist große Vorsicht geboten. Sie muß jedenfalls in totaler Anästhesie und Muskelerschlaffung vorgenommen werden, da sie sonst viel zu starke psychische Gegenreaktionen beim Patienten auslöst. Legt man dann einen Fixationsverband in Narkose an, so wandert nicht selten die Kontraktur und befällt ein neues Gelenk. Überhaupt ist Vorsicht mit solchen Verbänden und auch orthopädischen Apparaten geboten, da sie bei längerem Sitz ja ihrerseits wieder Kontrakturen erzeugen können. Wenn Tölken über gute Erfolge mit Narkoseverbänden berichtet, so liegt das nach Binswanger wohl daran, daß er meist frische Fälle behandelt hat. Nach Schuster's Ansicht ist dagegen der Versuch eines allmählichen Redressements

sehr aussichtsreich. Er besteht aus Suggestion, Massage und methodischen, aktiven und passiven Muskelübungen. Hat man es dagegen mit ganz veralteten Fällen zu tun, wo unter Umständen schon eine Ankylose eines Gelenks eingetreten ist, so darf man von der konservativen Methode nichts mehr hoffen. Man wird sich dann zur Amputation des kontrakturierten Gliedes entschließen.

Im folgenden werde ich über zwei Fälle von hysterischen Kontrakturen berichten, die in der Kieler Psychiatrischen und Nervenklinik beobachtet wurden.

Fall I.

A. R., 17 Jahre alt, Schülerin.

Anamnese, abgegeben von der Tante, die die Patientin nur flüchtig kennt. Vater soll unsolide im Trunk gewesen sein, hier in Anstalt gestorben, Mutter lebt, ist immer gesund gewesen. Sonstige Familie: Kann Ref. nichts Genaueres angeben, angeblich gesund. Ein Bruder lebt und ist gesund. Patientin sonst immer gesund gewesen, hat aber schon von klein auf an zuweilen eine angeschwollene Nase gehabt, die mit einem rötlichem Ausschlag einhergeht. Diese Anschwellungen gehen nach ein bis zwei Tagen vorüber. Soll sonst ein ganz resolutes Mädchen gewesen sein. Hat jetzt wohl seit einigen Wochen eine Willenslähmung der Hand, soll nach Stoss eines Fingers auf dem Schulhof entstanden sein. Weiter weiss Ref. nichts über sie, hat sie nur von der Bahn heute morgen abgeholt und hierher gebracht.

Autoanamnese: Der Vater sei seit 15 Jahren tot. Die Todesursache weiss sie nicht. Mutter 39 Jahre alt, lebt, ist gesund, seit 13 Jahren wieder verheiratet. Ein 19jähriger Bruder ist gesund, drei Halbbrüder im Alter von 9 und 12 Jahren, alle gesund.

Patientin wurde im Alter von 12 Jahren an der Nase operiert, die schief stand; es war angeboren. Mit 15 Jahren wurde sie noch einmal an der Nase operiert, weil das Nasenbein noch etwas schief stand. Seitdem hat sie alle 6 bis 8 Wochen Schmerzen in der Stirngegend. Die Nase schwillt dabei an und wird rot. Hält mitunter acht Tage an, oft auch nur einen Tag. Sonst früher nie ernstlich krank gewesen. Keine nervöse Störungen. Auf der Schule (Lyceum) mässig gelernt, einmal sitzen geblieben, ist jetzt in der III. Klasse. Will Ostern, wenn sie konfirmiert ist, abgehen. Hat auch keine Lust mehr, zur Schule zu gehen. Muss immer mit dem Zug in die Stadt fahren, $^3/_4$ Stunde, das ist ihr unbequem. Anfang Dezember 1924 spielte sie auf dem Schulhof in der Pause; dabei stiess sie mit der geballten rechten Hand gegen eine Wand. Das schmerzte sehr. Konnte die Hand aber noch bewegen. In der darauf folgenden Unterrichtsstunde fuhr sie beim Aufzeigen mit derselben Hand versehentlich gegen die Zimmerwand. Sie erschrak heftig, fühlte zugleich einen starken Schmerz in der Hand. Konnte sie fast nicht mehr bewegen. Die Finger waren leicht gekrümmt. In dieser Stellung blieben sie in den nächsten Tagen und schwollen etwas an. Zwei Tage nach dem Unfall ging sie zum Arzt. Er machte einen Schienenverband, zuerst bei gestreckten Fingern. Da das zu weh tat, am nächsten Tage bei gekrümmten

Fingern. Der Verband blieb drei Tage sitzen. Danach war die Hand völlig steif. Der Arzt suchte sie immer wieder zu strecken, es gelang aber nicht, deshalb schickte er sie her.

Erstes Unwohlsein vor etwa vier Monaten, regelmässig alle vier Wochen ohne besondere Beschwerden, letztes vor 10 Tagen.

Status: Kräftig gebaut, für das Alter gut entwickelt.
Gesundes Aussehen.
Schädelmässe: $13^1/_2 : 15 : 54^1/_2$. Schädel nicht klopfempfindlich.
Pupillen gleich weit, mittelweit.
R/L. + R/C. +
Augenbewegungen frei. Komjunktiver Corneal +.
Alte, oberflächliche Narbe auf dem Nasenrücken.
V. o. B. VII. o. B.
XII. Zunge gerade, zittert nicht, nicht belegt.
Würgrefl. schwach +.
Tonsillen hypertrophisch.
Sprache o. B.
Schilddrüse nicht vergrössert.
Motorische Muskelerregbarkeit +.
Reflexe o. B. +, Tonus Motilität frei.
Feinschlägiger Tremor digitorum.
Feuchte Handflächen.

Die Finger der rechten Hand stehen in Beugekontraktur, können aktiv angeblich nicht, passiv dagegen leicht gestreckt werden. Auch die gestreckten Finger können aktiv nicht bewegt werden. Die passive Bewegung ist angeblich mit leichten Schmerzen verbunden. Die Finger bleiben eine Zeitlang gestreckt, um dann ganz langsam und allmählich in die frühere Beugestellung zurückzugehen. Sonstige Anomalien finden sich an der rechten Hand nicht.

Abdomen weich, nicht druckempfindlich.
Abdominalreflexe lebhaft.
Kniesehnenrefl. + Achilles +.
Romberg Ø.
Gang o. B.
Sensibilität für spitz und stumpf und Berührung intakt.
Puls 80., gleichmässig, regelmässig kräftig. Herz o. B.
Lungen o. B.
Urin: Eiweiss-Zucker Ø.
Augenbefund: Pupillen bds o. B.
Im Wesen nicht weiter auffällig, frisch, natürlich, intellektuell offenbar etwas mässig.

Die funktionellen Störungen der rechten Hand sind anscheinend in erster Linie als eine Abwehrreaktion gegen die Schule, in der es ihr nicht gefällt (weiter Schulweg, mit 17 Jahren erst in der III. Klasse usw.), anzusehen.

20. II. 25. Sehr lebhaft, nicht leicht zu lenken, wenig Neigung sich zu beschäftigen.

Die Finger der linken Hand stellt sie stets leicht gebeugt, kann sie angeblich nur unter grosser Anstrengung etwas strecken. Wenn sie sich unbeobachtet fühlt, kann sie übrigens ganz geschickt mit der rechten Hand zugreifen. Hat auch ohne sonderliche Mühe ihren Lebenslauf geschrieben.

Täglich zwei Stunden Handbad. Elektrisieren.

5. III. 25. Die Beweglichkeit der rechten Hand nimmt immer mehr zu. Im übrigen unverändert, fühlt sich wohl.

30. III. 25. Kann die rechte Hand seit gestern wieder gut bewegen. Tut zwar immer noch so, als wenn die Handbewegungen mit leichten Schmerzen verbunden seien. Sie wird von den Eltern nach Hause abgeholt.

Als gebessert entlassen.

Fall II.

Frl. H. A., 25 Jahre alt, Dienstmädchen bezw. Armenhausinsassin.

Die Patientin ist wegen einer Kontraktur der 2.—5. Zehe des rechten Fusses zuerst in der Chirurgischen Klinik behandelt worden. Von dort wird sie, da man die Störung als eine rein funkionelle ansieht, mit folgendem Begleitschreiben an die Kieler Nervenklinik überwiesen:

Chirurgische Universitätsklinik. Kiel, 17. III. 24

An die Nervenklinik:

Wir bitten um Nervenärtzliche Untersuchung der Patientin H. A. und um Mitteilung des Befundes.

Die Patientin wurde uns am 5. III. 24 zur chirurgischen Behandlung einer seit einem Jahr bestehenden Kontraktur der 2.—5. Zehe überwiesen. Die Patientin war deswegen arbeitsunfähig. Ueber die Entstehung ist nichts bekannt. Der Zustand soll sich allmählich, ohne äussere Veranlassung, ausgebildet haben. Die ophthalmologische Untersuchung ergibt aus einem Astigmatismus irregularis nach ausgeheilter ekzematöser Keratitis keinen für eine Nervenkrankheit sprechenden Befund. Die Wassermann'sche Reaktion im Blute ist negativ.

Wir glauben, dass es sich um eine Kontraktur auf funktioneller Basis handelt und bitten evtl. die Patientin zur weiteren Behandlung dort aufzunehmen.

Ergebenst (gez.) Dr. Mau.

In der Nervenklinik wird folgende Anamnese erhoben: Eltern leben beide Vater ist starker Trinker gewesen, und von den Grosseltern weiss Patientin nur, dass auch der Grossvater mütterlicherseits Trinker war. Mutter ist etwas nervös, regt sich leicht auf, ist sonst gesund. Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie weiss Patientin nichts anzugeben. Patientin ist die älteste von vier Geschwistern. Ein älterer Bruder starb mit acht Jahren an unbekannter Krankheit. Eine von den noch lebenden Geschwistern (3 Schwestern) leidet an Gelenkrheumatismus, die andern sind gesund. Patientin selbst wurde zur normalen Zeit geboren, lernte früh gehen und sprechen. Schon als kleines Kind hatte sie viel mit den Augen zu tun. Sonst war sie als kleines Kind nicht krank, keine Krämpfe. Mit sechs Jahren kam sie zur Schule, kam gut mit, sie lernte auch sehr gern. Das Rechnen fiel ihr etwas schwer. Ausser Masern

war sie nicht ernstlich krank. Nach der Schulzeit kam sie beim Bauern in Stellung. Sie wechselte ihre Stellung nicht oft, kam immer gut mit ihrer Herrschaft aus.

Mit 22 Jahren Geburt eines Knaben. Das Kind ist viel krank, hustet viel, ist im Armenhaus. Geburt, Schwangerschaft und Wochenbett verliefen normal. In den letzten Jahren hatte sie viel mit den Augen zu tun. Heftige Schmerzen, konnte nicht ins Licht sehen. War zweimal hier in der Augenklinik. Das erste Mal mit 22 Jahren, gleich nach der Entbindung, ein Jahr darauf drei Wochen lang.

Im letzten Sommer hatte sie Wundrosen (Angaben darüber sind ungenau), musste etwa ein Vierteljahr liegen. Hatte auch wieder viel Beschwerden mit den Augen.

Im Januar vorigen Jahres trat der Vater sie aus Versehen auf den rechten Fuss. Sie hatte erst Schmerzen, die sich aber bald verloren. Nach einigen Tagen bekam sie wieder Schmerzen, konnte kaum Schuhwerk anhaben. Allmählich gingen die Zehen in Beugestellung. Patientin konnte sie nicht mehr strecken, gleichzeitig wurde das Fussgelenk steif. Seit Anfang Mai hat sie nicht mehr gearbeitet, musste sich hinlegen. Die Zehen waren nun ganz gebeugt, und Patientin hatte heftige Schmerzen im ganzen rechten Unterschenkel, ausserdem hatte sie viel Kopfschmerzen, Schwindel, sie fror leicht, hatte keinen Appetit. Das Allgemeinbefinden hat sich im Laufe des Sommers wieder gebessert, nur während des Unwohlseins traten die Beschwerden wieder auf. Am 6 März dieses Jahres Aufnahme in die Chirurgische Klinik. Zu Hause behandelte der Arzt den Fuss mit Einreibungen.

Jetzige Klagen: Schmerzen im rechten Fuss und im rechten Unterschenkel, viel Kopfschmerzen. Erste Menses mit 14 Jahren, immer regelmässig alle 4 Wochen, zum letzten Male Anfang März.

Seit $2^1/_4$ Jahren ist Patientin Armenhausinsassin, angeblich weil sie das Kind hatte und weil sie immer noch augenkrank war.

Status: Grösse: 1,43 m. Gewicht: 48,5 kg.
Temperatur $37{,}2^0$.
Urin: Eiweiss-Zucker negativ, Reaktion sauer.
Unter- bis mittelgross, kräftig gebaut, guter Ernährungszustand.
Hautfarbe und Farbe der Schleimhäute normal.
Schädelmässe: 14 : 18 : $52^1/_2$. Schädel nicht klopfempfindlich.
Die Augen werden leicht zugekniffen gehalten, besonders beim Blick gegen grelles Licht.
Cørneralrefl. +. Conjunktivalrefl. +.
Pupillen bds. mittelweit, gleichweit, rund.
R/L. +. R/C. +.
Beim Blick in die Nähe weicht der rechte Bulbus etwas nach aussen ab.
Augenbewegung frei, kein Nystagmus.
V. kein Druckschmerz, motorisch frei.
VII. symmetrisch.
XII. Zunge gerade vorgestreckt, etwas zittrig, feucht, leicht belegt.
Würgrefl. +.

Gaumenbögen gleichmässig gehoben.
Tonsillen etwas gross, zerklüftet.
Gebiss gut erhalten, starker foetor ex ore.
An der linken Halsseite eine 4 cm lange, nicht verwachsene Narbe, (Drüsenoperation vor 2 Jahren)
Sprache frei.
Schilddrüse nicht vergrössert.
Am Hals deutliche Lymphdrüsen fühlbar. Halsumfang 32 1/2 cm.
o. E.: Tonus, Motilität frei, grobe Kraft: Dynamometer rechts 30, links 40. An beiden Armen zahlreiche im Abheilen begriffene Pustel- und Kratzeffekte. Reflexe bds. lebhaft. Aufeinanderfolge der Bewegungen nicht gestört. Kein Tremor der Hände. Finger-Nasen-Versuch bds. sicher.
M. M. E. +.
Bauchdeckenrefl. bds. +.
u. E.: Muskulatur etwas gespannt, keine ausgesprochenen Spasmen.
In der Gegend des rechten Knies und der rechten Wade zwei gut handtellergrosse, flächenhaft mit der Unterlage nicht verwachsene Hautnarben (alte Verbrennung).
Das rechte Fussgelenk ist völlig steif, aktiv überhaupt nicht, passiv nur in ganz geringer Ausdehnung beweglich. Die zweite bis fünfte Zehe stehen in maximaler Flexionsstellung, lassen sich aktiv überhaupt nicht bewegen, passiv sind sie nur durch Ueberwindung grossen Widerstandes bis zu einem Winkel von 45° zu strecken, beim Loslassen kehren sie langsam in die Beugestellung zurück. Die grosse Zehe des rechten Fusses steht, wie alle Zehen des rechten Fusses, in leichter Valgusstellung und ist etwas dorsal flektiert.
Die Extensorengruppe springt am rechten Unterschenkel wulstartig vor.
Beinumfang unmittelbar oberhalb des Knöchels links 20, rechts 20 cm.
10 cm oberhalb des Knöchels rechts 30, links 30 1/2 cm.
8 cm unterhalb des unteren Randes der Patellar rechts 29, links 29 cm.
Patellarreflex bds. gesteigert, rechts mehr als links.
Babinski: Links negativ, rechts wechselnd.
Lasègue —, rechts leicht erschöpfbarer Patellar- und Fussklonus, links keine Kloni.
Achillessehnenrefl. +, rechts wie links.
Romberg negativ.
Gang: Nicht gestört, keine Gleichgewichtsstörung, beim Gehen tritt Patientin rechts nur mit der Ferse auf und zieht dabei das rechte Bein etwas nach.
Lungen: Grenzen normal, gut verschieblich. Geringe Schallverkürzung über der rechten Spitze, sonst überall normaler Klopfschall. Atemgeräusche über der rechten Spitze leicht verschärft, über den übrigen Lungenpartien reines Bläschenatmen.
Herz: In normalen Grenzen, Töne rein, leichte respiratorische Arythmie.
Puls 52, von guter Füllung.
Am Bauch starke Fettpolster, alte Schwangerschaftsnarben.
Organe o. B.

Sensibilität: Tastempfindung überall gut lokalisiert, spitz und stumpf gut unterschieden.

Augenbefund: bds. alte Hornhautnarben.

Papille bds. o. B.

Bei der Intelligenzprüfung zeigt die Patientin zwar keine groben Ausfälle, jedoch versagt sie bereits beim Multiplizieren von zweistelligen Zahlen und beim Nachsprechen einer Zahlenreihe von mehr als drei Gliedern.

20. III. 24. Bei der elektrischen Untersuchung ergeben die Extensoren und der Peronäus nur spurweise Reaktion, in Narkose (Chloräthylrausch) zeigt sich dagegen ausgiebige Reaktion. Das Fussgelenk lässt sich in der Narkose frei nach allen Seiten bewegen. Dagegen lassen sich die Zehen nur unter Ueberwindung desselben Widerstandes, wie ohne Narkose, $^3/_4$ strecken und kehren auch in der Narkose in die Flektionsstellung zurück.

In Narkose unerschöpfbarer Fussklonus rechts.

27. III 24. Fühlt sich sehr wohl. Arbeitet nie, zeigt dummdreistes Wesen. Lacht dauernd, wird täglich elektrisiert. Glaubt, dass es dadurch schon besser würde.

10. IV. 24. Pappschienenverband, der die Zehen streckt. Weint und stöhnt so laut, dass der Verband wieder entfernt wird.

26. IV. 24. Gipsmanschette um den Unterschenkel oberhalb der Wade, von dort Zugvorrichtung zu den Zehen, die diese streckt. Die Einrichtung ist der Patientin sehr unangenehm, besonders da es so leicht gelingt, die Zehen in der richtigen Lage zu halten.

28. IV. 24. Hat den Verband abgewickelt und abgestreift, freut sich darüber.

5. V. 24. In den letzten Tagen gelingen verschiedentlich Ueberrumpelungsversuche des Arztes. Bei Ablenkung verschwindet plötzlich der Widerstand der Zehen, die bei unmerklichem Nachlassen der Anspannung dann gestreckt bleiben. Lenkt man die Aufmerksamkeit auf die Zehen zurück, dann werden sie sofort wieder stark gekrümmt und Patientin gibt beim Strecken starke Schmerzen an.

12. V. 24. Läppisch dummdreist. Es gelangen in der letzten Zeit wieder zwei Ueberrumpelungsversuche. Patientin zeigte dabei das gleiche Verhalten wie am 5. Schlaf und Appetit gut.

30. VI. 24. Sitzt faul herum, ist immer unzufrieden.

30. VII. 24. Hat dauernd ihre alten Klagen, immer unzufrieden. Hat alles zu bemäkeln, sitzt den ganzen Tag faul herum.

11. VIII. 24. Zustand unverändert, Verlegung in die Chirurgische Klinik.
Exratikulation der 2. bis 5. Zehe in der Chirurgischen Klinik.

15. IX. 24. Aus der Behandlung der Chirurgischen Klinik entlassen, stellt sich noch mal wieder vor, kann wieder gut gehen.

Betrachten wir zunächst Fall I: Der Vater ist starker Trinker gewesen und zuletzt sogar in der Anstalt gestorben. Es handelt sich um ein 17jähriges Mädchen, über deren Charakter sich folgendes sagen läßt: Gemütliche Depressionen scheinen im allgemeinen nicht zu bestehen, da die Patientin ein frisches und fröhliches

Wesen zeigt. Sie macht trotz ihrer 17 Jahre noch einen sehr kindlichen Eindruck. Ihr Benehmen ist während ihres Aufenthaltes in der Klinik oft sehr vorlaut. Wie es die Art von eigensinnigen Kindern ist, fügt sie sich nur sehr schwer den Anordnungen der Krankenschwester. An ihre Altersgenossen schließt sie sich kaum an. Plötzlich kann sie sehr ausgelassen, ja beinahe wild sein. Ein solches Wesen kann man wohl etwas unausgeglichen nennen. Berücksichtigt man jedoch, daß Patientin im ganzen noch etwas kindlich ist, wird man darauf nicht viel geben. Unter die Kategorie des hysterischen Charakters fällt die Patientin also nicht, sondern es handelt sich um die harmlosere Form der Entwicklungshysterie, deren Auftreten wir uns in diesem Falle recht gut erklären können. Im Gemütsleben der Patientin herrscht nämlich ein starkes Unlustgefühl vor, weil sie mit ihren 17 Jahren immer noch dem Schulzwang unterworfen ist und über die III. Klasse, wegen ihrer mangelnden Intelligenz, noch nicht hinausgekommen ist. Der Schulbesuch wird ihr dadurch erst recht zum Greuel, daß sie auf dem Lande wohnt und jeden Morgen eine $^3/_4$stündige Bahnfahrt bis zur Stadt hat. Da zeigt ihr der Zufall durch den Unfall mit ihrer Hand einen Ausweg aus diesen unerquicklichen Verhältnissen. Daß sie gleich nach dem Vorfall die Hand nur wenig hat bewegen können, ist durchaus glaubwürdig. Da sie aber deswegen nicht zur Schule braucht, gibt sie sich gar keine Mühe, die Hand zu bewegen, sondern läßt zum mindestens die Dinge erst einmal an sich herankommen. Unglücklicherweise legt ihr der Arzt noch obendrein einen festen Verband, zuerst in Streck-, dann in Beugestellung an. Beim Verbandswechsel nach drei Tagen stellt sich nun heraus, daß die Finger der rechten Hand völlig in Beugekontraktur übergegangen sind. Daß es sich jetzt um eine rein funktionelle Störung handelt, ist also ohne weiteres ersichtlich. Die Symptome sind auch garnicht besonders schwer. Denn mit großer Anstrengung kann die Patientin sogar aktiv die Finger ein wenig strecken, passiv gelingt es ohne Mühe, wenn auch angeblich leichte Schmerzen damit verbunden sind. Es ist außerdem auch etwas Aggravation mit im Spiel. Denn wenn die Patientin sich nicht beobachtet glaubt, kann sie laut Pflegebericht ganz geschickt mit der steifen Hand zugreifen und vermag sogar den Federhalter damit zu führen. Daß es sich um keinen besonders schweren Fall handelt, ergibt sich aus dem weiteren Verlauf. Denn bereits nach 6 Wochen kann die Patientin als fast geheilt entlassen werden.

Die Therapie bestand nur in täglichem Baden und Elektrisieren der Hand. Wir erfahren ferner aus dem Pflegebericht, daß die Patientin sich nicht allzuwohl in der Klinik auf die Dauer fühlte und Heimweh bekam. Dieses Gefühl mag dann wohl ihre Unlust zur Schule übertönt haben. Als sie infolgedessen selbst Interesse an ihrer baldigen Heilung gewann, ging es damit natürlich schnell voran. Was hier das voraufgegangene Trauma angeht, so ist wohl klar, daß es nur das Moment darstellt, welches die hysterische Reaktion ausgelöst hat. Denn ein psychisch völlig normaler oder besser in diesem Falle ein erwachsener Mensch mit festem Willen und nicht mehr labilem Gemütsleben reagiert nicht so auf eine derartige Verletzung. Bezüglich der Therapie sehen wir auch hier wieder, welche Gefahren das Anlegen von Fixationsverbänden mit sich bringt.

Ein ganz anderes Bild entrollt sich uns im II. Fall. Vor allem sehen wir hier schwere Veränderungen im ganzen Charakter der Patientin. Während wir es im vorigen Falle mit einem im Grunde doch lebensfrohen Mädchen zu tun hatten, mit einem Kind, das auf eine bestimmte, unangenehme Situation hin aus Ratlosigkeit hysterisch reagierte, so sehen wir im zweiten Falle eine erwachsene Person, die sich allmählich ganz in die Schattenseiten des Lebens drängen läßt und wohl überhaupt nicht mehr viel Freude daran hat. Da sie dauernd augenkrank ist, überhaupt viel mit Krankheiten zu schaffen hat, und auch wohl sonst wegen ihrer geringen Intelligenz schwer eine Stellung bekommt, endet sie schließlich mit ihrem Kinde im Armenhaus. Wir können die Patientin also ohne Bedenken der Gruppe des hysterischen Charakters zuordnen.

So liegen die Verhältnisse, als ihr der Vater aus Versehen auf den Fuß tritt. Da haben wir nun wieder die typische Erscheinung, daß nach diesem sicherlich nicht sehr schwer zu bewertenden Trauma die ersten Schmerzen bald wieder verschwinden. Erst nach einigen Tagen treten sie erneut auf. Bald gehen darauf die Zehen in Beugekontraktur und schließlich versteift auch das Fußgelenk. Erst ein Jahr darauf kommt die Patientin zur Behandlung nach Kiel. Es handelt sich jetzt also, im Gegensatz zum vorigen Fall, nicht mehr um eine frische Kontraktur. Die Prognose muß also wesentlich ungünstiger lauten. In der Chirugischen Klinik verhält man sich zunächst exspectativ. In der Nervenklinik wird dann der Versuch gemacht, durch konservative Therapie eine Besserung zu erzielen. Im Laufe der Behandlung zeigt sich jedoch

immer deutlicher, daß die Patientin der Heilung nicht nur passiv gegenübersteht, sondern ihr direkt entgegenarbeitet, z. B. wenn sie den Fixationsverband eigenhändig wieder abstreift und dann anscheinend völlig verständnislos darüber lacht. Ihr Gesundheitswille ist jedenfalls defekt. Welche Tendenz mag sich bei ihr in solchem Gebaren verstecken? Wir müssen wohl annehmen, daß die Patientin völlig abgestumpft ist und einfach kein Verlangen mehr hat, wieder ihren Platz in der Gemeinschaft der tätigen, schaffenden Menschen einzunehmen. Aus dieser Einstellung heraus begrüßt sie jeden Umstand, der es ihr ermöglicht, weiter in dieser verantwortungslosen Lage zu verharren. So begreifen wir auch, daß sie in den Vorgängen in der Anstalt nur geringen Anteil nimmt, sich an andere Kranke nicht anschließt und den ganzen Tag nur vor sich hinbrütet.

Unter solchen Umständen konnte die konservative Therapie natürlich keinen Erfolg zeitigen. Auch die Suggestionsbehandlung kommt hier nicht in Frage, obwohl es öfter gelingt, die Patientin zu überrumpeln und ihr so zu beweisen, daß zu mindest etwas Aggravation vorliegt. Diese Methode hat nur Zweck, wenn noch ein Rest von Gesundheitswille vorhanden ist. So blieb in diesem Falle nur die Amputation der Zehen als Ausweg. Wir erfahren, daß die Patientin danach wieder gut gehen kann, offenbar ist also auch das Fußgelenk wieder beweglich geworden.

Die eben beschriebenen Fälle waren also zwei schöne Beispiele für ausgesprochene hysterische Reaktionsformen. Es ließen sich daher an ihnen viele hierfür charakteristische Erscheinungen zeigen. Beidemal findet auch die schon erwähnte Anschauung von Trappe ihre Bestätigung, daß diese Kontrakturen immer eine organische Grundlage haben, aber nur bei hysterischen Personen vorkommen.

Zum Schluß möchte ich noch einmal hervorheben, daß man die Hysterie jetzt nicht mehr als eine in sich geschlossene Krankheit ansieht, sondern nur als eine spezifische Reaktionsform. Die Vorbedingungen dazu liegen an sich in der Psyche eines Jeden bereit. Daher kann auch einmal ein Mensch hysterisch reagieren, an dessen Wesen sich sonst nichts Abnormes feststellen läßt. Das hat ja der Krieg bewiesen, wo infolge der zermürbenden Einflüsse die Menschen allmählich aus dem psychischen Gleichgewicht kamen und sich die Zahl der Hysteriefälle immer mehr

häufte. Daher sagt schon Hoche: Jeder Mensch ist bei genügender Erlebnisstärke hysteriefähig.

Zum Schluß ist es mir vergönnt, Herrn Geheimrat Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Überlassung des Materials meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Binswanger: Hysterie. Wien 1904.
2. Lewandowski: Handbuch der Neurologie IV.
3. Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.
4. Strümpell: Innere Medizin.
5. Breuer-Freud: Studien über Hysterie.
6. Bonhöffer: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 68, 1911.
7. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1906.
8. Gaupp: Ueber den Begriff: Hysterie. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. V, 1911. 49, 1919.
9. Ziehen: Ueber Hysterie.
10. Reichardt: Deutsche Medizinische Wochenschrift. III, Stand der Hysterie.
11. Kretschmer: Ueber Hysterie 1921.
12. — Zeitschrift f. d. ges. Neurologie. 37, 41, 44 (1917-20).
13. — Münchener Med. Wochenschrift 1919. 29.
14. Rosenfeld: Ueber Hysterie. Deutsche Med. Wochenschrift. 1923.
15. Schuster: Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1920 Band 118: Ein Fall von hysterischer Fusshaltung und Fusskontraktur.
16. Trappe: Die hysterischen Kontrakturen und ihre Beziehnngen zu organisch bedingten Krankheitszuständen des Menschen. Mitteilung aus den Grenzgebieten der medizinischen Chirurgie. Band XIX. 1919.

Lebenslauf.

Ich, Wolfgang Schoene, wurde am 18. Mai 1903 als Sohn des prakt. Arztes Sanitätsrat Dr. Hans Schoene in Stettin geboren. Ich besuchte vom 6. bis 18. Lebensjahr das Marien-Stiftsgymnasium in Stettin und wurde dort Ostern 1921 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Im Sommer 1921 begann ich mit dem medizinischen Studium in Tübingen, wo ich insgesamt drei Semester blieb. Dann studierte ich ein Semester in München; im Sommer 1923 bestand ich die medizinische Vorprüfung in Kiel. Danach studierte ich wieder abwechselnd in Kiel und München.